

MALESTARES DE GÉNERO EN MUJERES CUIDADORAS INFORMALES DE MAYORES DEPENDIENTES

Trabajo de Fin de Grado

Revisión Bibliográfica

Alumna: Mercedes Mayo Corbacho

Tutora: Dra. Violeta Luque Ribelles



Grado en Psicología

Facultad de Ciencias de la Educación

Curso académico 2018-2019

*A todas las autoras mencionadas,
por ser un referente y por dedicar horas
de estudio y trabajo a la visibilidad
de las mujeres en la salud.*

*A mi tutora Violeta, por su apoyo,
dedicación, y sus ganas de enseñar.*

*A todas las mujeres que cuidan,
por la fortaleza y el coraje.*

*A las mujeres que forman parte de mi
vida, por ser una fuente de apoyo y de
inspiración, y mi mayor ejemplo.*

Resumen

Los malestares de género son los problemas de salud mental que afectan a las mujeres y que se deben a los efectos de la estructura social patriarcal y los mandatos de género. Esta revisión bibliográfica pretende reflejar el impacto de uno de los roles de género, el de cuidadora, sobre la salud de las mujeres, a través de los siguientes objetivos: (1) conocer cómo afecta el cuidado informal a la salud mental de las mujeres; (2) identificar las intervenciones psicológicas para atender las consecuencias derivadas de los cuidados informales. Se han obtenido 10 estudios que dan respuesta a los objetivos planteados y que cumplen los criterios de inclusión. A partir de los resultados obtenidos se observa que la socialización diferencial y la interiorización de los roles y mandatos de género hacen que el trabajo de cuidar esté altamente feminizado. La mayoría de personas cuidadoras son mujeres que, además, sufren mayores consecuencias negativas que los hombres por la realización de cuidados informales a mayores dependientes. Las consecuencias más prevalentes están relacionadas con síntomas depresivos y ansiosos, sobrecarga, y estrés. Asimismo, se han encontrado intervenciones psicológicas que tratan de paliar las repercusiones de los cuidados, mayoritariamente mediante programas psicoeducativos, grupales, o cognitivo-conductuales sin perspectiva de género. Esta revisión ha permitido mostrar cómo el trabajo de cuidados es desempeñado y perjudica principalmente a las mujeres, originando malestares que deben ser analizados y tratados con perspectiva feminista. Como futuras propuestas, se sugiere llevar a cabo un mayor número de investigaciones y programas con perspectiva de género, incluyendo los factores psicosociales que afectan a las mujeres y al tipo de cuidados que realizan.

Palabras clave: mujeres, malestares, género, cuidados informales, intervención.

Abstract

Gender malaises are mental health's problems that affect to women due to the effects of patriarchal social structure and gender mandates. This work of bibliographical review aims to reflect the impact of one of the gender roles, the caregiver one, on women's health, through the following objectives: (1) know how informal care affects women's mental health; (2) identify psychological interventions to address the consequences of informal care. Ten studies have been obtained that respond to the established objectives and meet the inclusion criteria. From the obtained results, it is observed that differential socialization and the internalization of gender roles and mandates make care work highly feminized. Most caregivers are women who, in addition, suffer greater negative consequences than men due to informal care for dependent elder people. The most prevalent consequences are related to depressive and anxious symptoms, burden, burnout and stress. Likewise, psychological interventions have been found that try to alleviate the impact of care work, mostly through psychoeducational, group, or cognitive-behavioral programs without a gender perspective. This review has allowed to show how care work harms mainly women, causing health problems that must be analyzed and treated with a feminist perspective. As future proposals, it is suggested to carry out a greater number of research and programs with a gender perspective, including the psychosocial factors that affect women and the type of care they perform.

Key words: women, health, gender, informal care, intervention.

Índice

Contenidos	Página
Resumen.....	1
Índice.....	3
Introducción	4
El trabajo de cuidar para las mujeres	6
Socialización diferencial	6
División sexual del trabajo.....	7
Consecuencias del cuidado informal en las mujeres.....	8
Consecuencias laborales, económicas, y de ocio	9
Consecuencias físicas.....	9
Consecuencias psicológicas	10
Malestares de género.....	11
Pregunta de Investigación y Objetivos	12
Metodología	13
Estrategia de búsqueda.....	13
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	14
Procedimiento de Análisis	16
Resultados	17
Discusión.....	20
Conclusiones	24
Referencias bibliográficas.....	26
Anexos	31
Anexo 1. Análisis de publicaciones para el Objetivo 1: Conocer cómo afecta el cuidado informal de personas mayores dependientes a la salud mental de las mujeres.....	31
Anexo 2. Análisis de publicaciones para el Objetivo 2: Identificar estrategias de intervención psicológica para atender las consecuencias sobre la salud mental de las mujeres derivadas de los cuidados informales.....	36

Introducción

Desde hace varias décadas España está sufriendo un envejecimiento de la población que, si se mantiene en los índices actuales, en quince años contará con una población mayor de 65 que representará el 25,2% de la sociedad (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018; INE, 2018). Teniendo en cuenta que la cifra de mayores de 65 años en 2018 no llegaba al 20% (19,2%), el envejecimiento de la población es un fenómeno que está aumentando (INE, 2018).

Este aumento del número de la población mayor supone un crecimiento en la tasa de dependencia¹ (Figura 1), ya que existe una relación directa entre la edad y la necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria y cuidados (e.g., a mayor edad, mayor dificultad para realizar trabajo en el hogar, aseo personal, movilidad) (Casado-Marín, 2002, según citado en Brea-Ruiz, 2015; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004; INE, 2019):

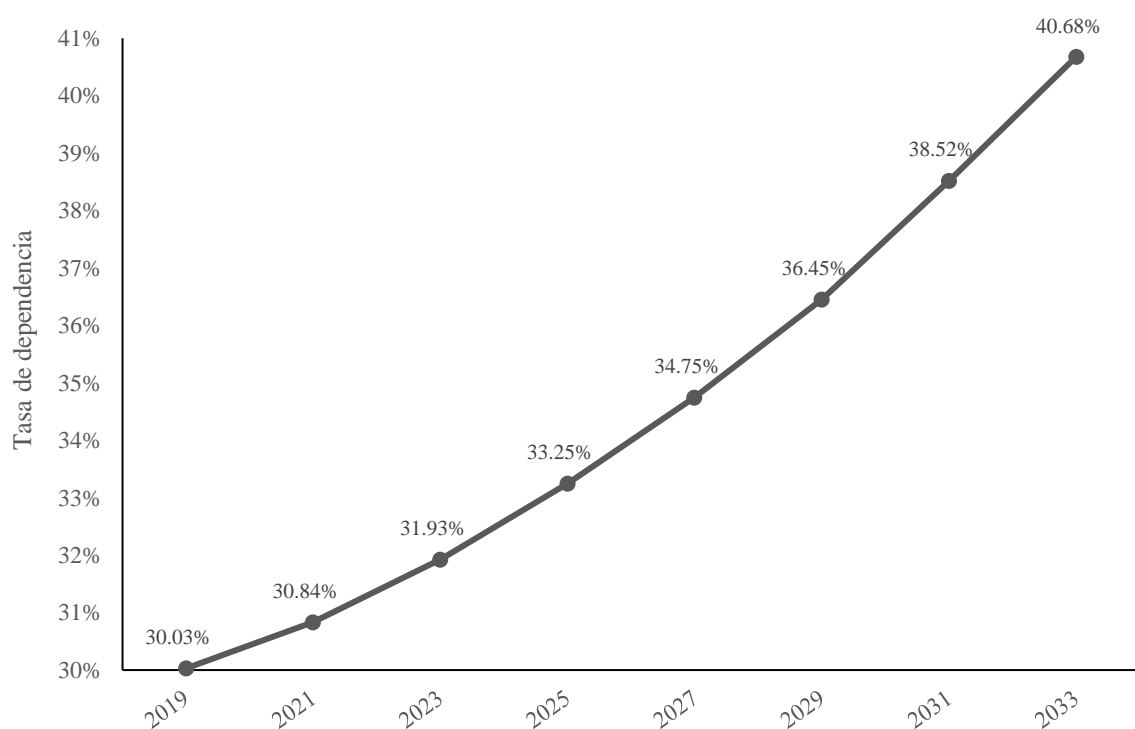


Figura 1. Previsión de la tasa de dependencia de la población mayor de 64 años en España. (Recuperado de: Statista, 2019, a partir de datos del INE).

¹ Según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la Dependencia es “el estado permanente en que se encuentran las personas que, por edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otras personas para realizar actividades básicas cotidianas” (p. 9)

Los cuidados se entienden como las actividades que se realizan para proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a otros (Finch, 1989, según citado en Esteban, 2017), normalmente realizadas por mujeres (Gimeno, 2012). El trabajo de cuidar implica atención tanto personal como instrumental, vigilancia, acompañamiento, gestión y relación con los servicios sanitarios, y cuidados relacionados con las actividades de la vida diaria (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto, 2004).

A pesar de la mayor demanda de ayudas por el envejecimiento de la población, la atención a la dependencia por parte del Estado se ha resquebrajado a partir de la crisis económica “al ser un elemento clave donde se reducen los presupuestos” (Brea-Ruiz, 2015, p. 20). Este impacto negativo ha provocado que tengan que ser los familiares los proveedores de cuidados (Brea-Ruiz, 2015; Briñon, 2015). Estos, al ser proporcionados por la familia, no estar remunerados y no ser considerados un asunto social ni un trabajo, se conocen como cuidados informales² (Brea-Ruiz, 2015; Eguiguren, García-Calvente y Mateo-Rodríguez, 2004). Al problema económico hay que sumarle que, en Europa, y concretamente en España, existe un modelo “familista” de cuidados (Rogerio-García, 2010; Pazos, 2018). Mediante este modelo se considera que los familiares son las personas más adecuadas para asegurar el bienestar de las personas mayores (Brea-Ruiz, 2015). Por estos dos motivos, la mayor parte de los cuidados recibidos por la tercera edad son cuidados informales (el 71,7%), mientras que el cuidado formal solo se da en la minoría de los casos y casi nunca de forma exclusiva, sino complementando al primero (Rogerio-García, 2009).

A pesar de que este modelo contemple a la familia en general como proveedora de cuidados, casi siempre recae sobre una sola persona, la cuidadora principal, que proporciona la mayor parte de la atención (Crespo-López y López-Martínez, 2008; Pazos, 2018). Esta cuidadora tradicionalmente ha sido una mujer de edad superior a los cuarenta años (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004; SEGG, 2016).

Actualmente, esta división del trabajo de cuidados se mantiene, ya que son las mujeres las que atienden a las personas mayores en el 88,5% de los casos, siendo lo más común que la cuidadora principal sea la hija o la esposa (IMSERSO, 2005, según citado en Crespo-López y López-Martínez, 2008; SEGG, 2016). Además, esta desigualdad entre hombres y mujeres también se pone de manifiesto al analizar el tipo de cuidados que realizan.

² De acuerdo con Rogerio-García (2010) “el cuidado informal está formado por aquellas actividades de ayuda que van dirigidas a personas con algún grado de dependencia, que son provistas por personas de su red social y en las que no existe entidad intermediaria o relación contractual” (pp. 39-40). Consiste en un trabajo invisible, no remunerado, y no reconocido, lo cual implica una desvalorización y una naturalización del mismo, que impacta en la salud de las mujeres (Lagarde, 2003).

Las mujeres suelen ocuparse de personas con niveles de dependencia más graves y con mayores dificultades (Rogero-García, 2009).

También existen diferencias en el tiempo invertido. Según los datos de la última Encuesta de Empleo del Tiempo, las mujeres dedican el doble de tiempo que los varones al trabajo en el hogar y la familia, donde se incluyen actividades relacionadas con el cuidado de mayores, mientras que ellos disfrutan de más tiempo libre o tiempo invertido en trabajo remunerado (INE, 2011)³. Datos de investigaciones más recientes indican que esta desigualdad sigue vigente: las mujeres realizan las tres cuartas partes del trabajo de cuidados y dedican de media el triple de tiempo al trabajo no remunerado en todas las regiones del mundo (OIT, 2018).

El trabajo de cuidar para las mujeres

La carga del trabajo de cuidados que recae mayoritariamente sobre las mujeres refleja las desigualdades de género existentes en la sociedad actual, y es una de las formas en las que se manifiesta el patriarcado⁴ (Avilés y Villalobos, 2012; Pazos, 2018). Estas desigualdades se perpetúan mediante la socialización diferencial de género que conlleva la división sexual del trabajo (Pazos, 2018).

Socialización diferencial

En el marco del patriarcado, tanto mujeres como hombres interiorizan los roles de género impuestos. Los roles masculinos han sido dotados de mayor valor por parte de la sociedad, lo cual se traduce en relaciones de poder desiguales (Bonino, 2002; De Miguel, 2015; Velasco, 2009). A partir de la socialización, las niñas aprenden desde pequeñas que la mujer adopta una postura subordinada debido a su supuesta inferioridad natural. Al mismo tiempo, las mujeres reciben un discurso contradictorio basado en su excelencia biológica y en sus capacidades únicas para el cuidado (Muruaga y Pascual, 2013). Así, las niñas aprenden que tienen que cumplir los roles de género asignados a las mujeres, mientras que los chicos aprenden que su dominio es el público y que su rol es el de productor (Bonino, 2002; Pascual, 2014).

³ A pesar de no ser referencias muy recientes, son los últimos datos proporcionados por el INE. Actualmente hay documentos críticos con el hecho de que los datos de la Encuesta de Empleo del Tiempo no se actualicen de forma periódica (Buxarrais y Burguet, 2014).

⁴ Fontenla (2008) define el patriarcado como “un sistema de relaciones sociales sexo-políticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurada por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, ya sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia” (p. 258).

Los roles actúan junto a los mandatos de género interiorizados dictando el comportamiento de cada persona según su sexo (Briñon, 2015). Se forma así una identidad femenina basada en los estereotipos y roles relacionados con la sensibilidad y las emociones, y las mujeres quedan relegadas en el espacio privado ejerciendo el trabajo de cuidar (Barberá y Martínez, 2004; Muruaga y Pascual, 2013; Velasco, 2009). Para cumplir con el rol de cuidadora las mujeres deben velar y colocar al resto en el centro de sus vidas, quedando ellas en segundo lugar (Lagarde, 2000). Además, deben vivir el cuidado de forma positiva y satisfactoria, porque han aprendido que para ser válidas y aceptadas por la sociedad deben estar a disposición del resto (Barberá y Martínez, 2004; Pascual, 2014).

División sexual del trabajo

La división sexual del trabajo (DST) diferencia las actividades desempeñadas por hombres y mujeres en función del sexo. Esta desigualdad se va articulando de diferentes formas según el contexto, afectando tanto al acceso como a la inserción y a la continuación de las mujeres en el mercado laboral (Pazos, 2018). Por lo tanto, acaba perjudicando también sus salarios y su independencia (Abasolo y Montero, 2008). Según la OIT (2018), la disparidad en la carga global de trabajo (trabajo remunerado más trabajo no remunerado) entre hombres y mujeres es muy significativa. Aunque ellas dediquen más horas semanales al trabajo en general, la mayoría de esas horas no están remuneradas al ser realizado en el hogar. Sin embargo, los hombres obtienen un salario a cambio de la mayor parte de su trabajo (Abasolo y Montero, 2008; OIT, 2018).

A pesar de los avances de los últimos años para acabar con la DST, la dicotomía público/privado sigue existiendo en algunos ámbitos (Briñon, 2015). Uno de ellos es el trabajo de cuidados. Las familias están sufriendo cambios y tienen tendencias a mayores niveles de igualdad, pero esta evolución frena cuando hay un familiar mayor dependiente (Briñon, 2015). Sigue siendo la mujer la que se queda sin empleo remunerado ante una situación de dependencia en un familiar, ya que solo el 29,5% de los hombres modifica su situación laboral, cifra que aumenta hasta un 50% en las mujeres. Además, en el 55,5% de los casos ellas abandonaron su puesto mientras que el 58,8% de los hombres solo lo modificó (Casado, 2014, según citado en Brea-Ruiz, 2015). Por tanto, el trabajo de cuidar se convierte en un mandato de género que mantiene la organización tradicional y la DST, que es a la vez causa y consecuencia de que la mujer se responsabilice y desempeñe la mayor parte de los cuidados informales (Pascual, 2014).

Consecuencias del cuidado informal en las mujeres

Hasta un 88% de las personas cuidadoras informales de personas mayores dependientes sufre repercusiones en diferentes ámbitos de sus vidas (Brea-Ruiz, 2015). Estas consecuencias se dan en mayor medida entre las mujeres, que muestran porcentajes más elevados en todos los problemas derivados del trabajo de cuidados (ver Tabla 1) (García-Calvente y Del Río, 2012).

Tabla 1.

Impacto de cuidar en diversas áreas de la vida

Tipo de impacto	Hombres (%)	Mujeres (%)
Problemas laborales/económicos		
Tiene problemas económicos	14,4	19,1
Ha tenido que dejar de trabajar	7,0	12,4
Tiene problemas para cumplir los horarios	6,7	9,5
Ha tenido que reducir su jornada de trabajo	5,6	8,3
Problemas familiares o de ocio		
Ha tenido que reducir su tiempo de ocio	48,4	61,8
No tiene tiempo para frecuentar a sus amistades	27,5	40,5
No tiene tiempo para cuidar de sí misma/o	13,7	32,9
No dispone de tiempo para cuidar a otras personas	9,6	21,0
Problemas de salud (física y mental)		
Se encuentra cansada/o	36,2	54,9
Se ha deteriorado su salud	21,4	37,2
Se siente deprimida/o	18,7	33,4
Ha tenido que ponerse en tratamiento	7,2	18,2

Fuente: Recuperado de García-Calvente y Del Río (2012), a partir de datos de la EDAD 2008⁵.

⁵ Al igual que ocurre con otras referencias sobre datos estadísticos de diferentes instituciones (e.g. INE, IMSERSO), a pesar de no ser recientes, son los últimos datos sobre la materia. En este caso, la última Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía y situaciones de Dependencia (EDAD) es la de 2008.

Consecuencias laborales, económicas, y de ocio

Cuidar supone un elevado coste de oportunidades para las mujeres. Son ellas las que sufren la exclusión provisional o definitiva del mercado laboral, que suele tener repercusiones en su futuro profesional. Además, esta exclusión conlleva subsecuentes problemas económicos y falta de recursos (Casado y García-Carpintero, 2018). A la falta de recursos por no poder realizar trabajo asalariado se le suma que la atención a la dependencia genera gastos extras, de los cuales más de un 70% los suele asumir la propia familia. Así, el problema económico se agrava aún más (Brea-Ruiz, 2015).

El intento de conciliación laboral-familiar y corresponsabilidad por la falta de cuidados compartidos se traduce en que la mujer se ve expuesta a realizar dobles o incluso triples jornadas de trabajo entre el trabajo visible y asalariado y la atención a la dependencia (Pazos, 2018). Estas largas jornadas imposibilitan el autocuidado, ya que las mujeres disponen de menos tiempo para sí mismas. Se ven obligadas a adaptar todos sus horarios a medida que aumentan las demandas de atención a la dependencia (Brea-Ruiz, 2015; Eguiguren, García-Calvente y Mateo-Rodríguez, 2004).

También disminuye el tiempo de ocio, por lo que sus relaciones sociales se ven afectadas y se van empobreciendo a medida que pasa el tiempo, llegando a perder amistades y tener conflictos familiares o de pareja (Casado y García-Carpintero, 2018). En ocasiones incluso se llega a observar aislamiento social, ya que hay una gran restricción de la libertad individual (Brea-Ruiz, 2015).

Consecuencias físicas

Las consecuencias más frecuentes sobre la salud física son una sensación generalizada de cansancio, lesiones, molestias, dolores, problemas musculoesqueléticos, descensos en la respuesta inmune, falta de energía, autopercepción de malestar aunque no sepan explicarlo, cefaleas, e insomnio (Brea-Ruiz, 2015; García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto, 2004; Velasco, 2009).

Las cuidadoras tienen una percepción general de mala salud y de desgaste físico. Estas mujeres suelen desatender sus necesidades relacionadas con la salud, y por tanto se implican menos en conductas preventivas y en la búsqueda de atención médica, lo que genera un mayor riesgo de mortalidad prematura entre las cuidadoras. Además, el resto de problemas que afectan a otros ámbitos pueden acabar somatizándose como ocurre en el 69% de los casos (Alemany, 2018; Brea-Ruiz, 2015; Muruaga y Pascual, 2013; Valls-Llobet, 2009).

Consecuencias psicológicas

Las consecuencias laborales, económicas, familiares, sociales e incluso las repercusiones sobre la salud física, pueden acabar perjudicando la salud mental de las mujeres cuidadoras. Esto se ve reflejado en que las cuidadoras suelen sufrir más problemas de salud mental que de salud física (Velasco, 2009). Por ello, el presente trabajo se va a centrar en las consecuencias sobre la salud mental y en el resto de repercusiones como agravantes de la misma.

Las mujeres cuidadoras sienten una gran sobrecarga y se sienten excesivamente demandadas además de la frustración, estrés, tristeza y angustia que pueden sentir al verse obligadas a cambiar su plan de vida y su futuro (Brea-Ruiz, 2015) y ver limitado su desarrollo personal (Eguiguren, García-Calvente y Mateo-Rodríguez, 2004). Además, la atención a la dependencia genera múltiples preocupaciones que antes no existían, y esto supone una gran carga mental para las mujeres. Esta sobrecarga provoca una falta de motivación y apatía en las cuidadoras, que a su vez produce problemas en el rendimiento cognitivo y en la conducta (falta de interés, pierden la iniciativa, no tienen ganas de relacionarse) (Brea-Ruiz, 2015).

Otros sentimientos comunes entre las mujeres que realizan cuidados informales son miedo, ansiedad, aprensión, sensación de pérdida de control, soledad e impotencia (Brea-Ruiz, 2015). Todos estos problemas se relacionan con el “síndrome del cuidador quemado (*burnout*)”, caracterizado por la presencia de síntomas como los mencionados anteriormente, relacionados con el agotamiento, el estrés continuado y la sobrecarga mental (Rogero-García, 2009).

Por otra parte, si las mujeres no cumplen el mandato de género que es cuidar, aparece como consecuencia la culpa por pensar en sí mismas y ponerse en el centro de sus vidas. Cuando están cuidando a otras personas (e.g. hijos menores), relacionándose con sus amistades, o trabajando de forma remunerada en lugar de atendiendo a la persona dependiente, aparece este sentimiento de culpa por no seguir el rol de cuidadora (Lagarde, 2000). Con frecuencia, las cuidadoras informales sienten que no están realizando de forma efectiva ninguno de sus dos trabajos, ni el asalariado ni el de cuidar (Lagarde, 2003).

La atención a la dependencia implica, por tanto, múltiples consecuencias a nivel psicológico que culminan en este sentimiento de culpa si no se realizan los cuidados. Esto tiene como consecuencia la anulación de la potencialidad de la autonomía. “Autonomía se

llama el hecho de que una realidad esté regida por una ley propia, distinta de otras leyes, pero no forzosamente incompatible con ellas” (Ferrater, 1965, p. 161). Psicológicamente se refiere a la regulación de la conducta según normas surgidas del propio individuo. Es decir, autónoma es toda persona que decida conscientemente qué reglas van a dirigir su comportamiento, pudiendo tener en cuenta todos los datos disponibles para poder tomar decisiones de forma consciente y libre. En el sentido de los cuidados informales, ser autónomas implica ser independientes, no ocupar siempre el segundo plano, tener el poder de decisión sobre realizar el trabajo de cuidados o no, no basar su vida en su utilidad para otros, y poder ser autosuficientes en todas las esferas (Lagarde, 2000).

Malestares de género

Como se ha mencionado, todas las consecuencias sobre los distintos ámbitos de las vidas de las personas cuidadoras pueden acabar afectando a su salud. Estos problemas han sido denominados *malestares de género* o *malestares de las mujeres* (Muruaga y Pascual, 2013; Velasco, 2009). Los malestares afectan a mujeres y consisten en diferentes quejas y síntomas somáticos y psicológicos que producen una percepción de mala salud. Es un malestar psicosocial complicado de expresar en palabras por las propias mujeres, y que aparece como un sufrimiento anímico o somatizado como síntomas físicos mal definidos y sin causa orgánica evidente (Velasco, 2005).

Los malestares de género son, por tanto, malestares difusos que pueden producir irritabilidad crónica, descontento permanente, desmoralización e inseguridad, quejas constantes, o deterioro de la autoestima. Los síntomas se asemejan a los de diversos trastornos reconocidos por manuales diagnósticos, como la depresión o la ansiedad: cefalea, estrés crónico, dolores, molestias múltiples, cansancio físico y mental, cambios de humor, trastornos del sueño, fallos de memoria y concentración, tristeza y apatía, y angustia, entre otros (Muruaga y Pascual, 2013; Velasco, 2005).

Estos síntomas representan entre el 30 y el 60% de las consultas en atención primaria por parte de mujeres, para los cuales no encuentran causas médicas (Velasco, 2005), y acaban siendo tratados con fármacos y como un problema individual en lugar de social (Muruaga y Pascual, 2013). La mayoría de las mujeres cuando son tratadas no quedan satisfechas con la atención brindada por los especialistas, que normalmente recetan tratamientos únicamente farmacológicos o terapias psicológicas que resultan ineficaces (Burin, 2010). Esto puede ocurrir debido a que los malestares de género constituyen un problema exógeno o situacional

(en la cual las causas son externas y circunstanciales), y es algo que no se tiene en cuenta en las psicoterapias tradicionales (Muruaga y Pascual, 2013).

En resumen, los mandatos de género, los roles y estereotipos, la imposición social que es el cuidado informal, y las consecuencias que conlleva, pueden acabar repercutiendo en la salud mental, concretamente produciendo malestares de género.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se expone la pregunta de investigación.

Pregunta de Investigación y Objetivos

La pregunta de investigación que este trabajo pretende responder es la siguiente: ¿Qué dice la investigación actual sobre la influencia que tiene la realización de cuidados informales en el desarrollo de malestares de género en las mujeres?

Para dar respuesta a esta pregunta, se han considerado dos objetivos:

1. Conocer cómo afecta el cuidado informal de personas mayores dependientes a la salud mental de las mujeres.
2. Identificar estrategias de intervención psicológica para atender las consecuencias sobre la salud mental de las mujeres derivadas de los cuidados informales.

Metodología

Se expone la metodología empleada para llevar a cabo esta revisión bibliográfica.

Estrategia de búsqueda

El proceso de búsqueda bibliográfica se realizó en tres etapas, desde finales de Marzo hasta finales de Junio de 2019.

En la primera etapa se realizó la revisión de las bases de datos accesibles como estudiante de la Universidad de Cádiz. En la Tabla 2 quedan recogidas las bases seleccionadas por la disponibilidad de documentos académicos y de investigación en general, tanto en castellano como en inglés, su amplia variedad de contenidos, y por su relevancia en la Psicología.

Tabla 2.
Bases de datos consultadas

Nombre	Descripción	Idioma
Dialnet <i>www.dialnet.unirioja.es</i>	Portal multidisciplinar de difusión científica que ofrece contenido de diferentes materias, aunque está especializado en ciencias humanas y sociales.	Castellano
ProQuest Psychology Journals <i>http://search.proquest.com/index</i>	Base de datos que ofrece artículos de revistas y tesis de diversas áreas de la psicología y la psiquiatría, además de materias relacionadas como educación, antropología, sociología o neurociencia. Incluye la opción de seleccionar bases afines como PsycINFO.	Inglés y Castellano
Scopus <i>www.scopus.com/</i>	Base de datos multidisciplinar producida por Elsevier. Incluye aproximadamente 16500 revistas especializadas en diferentes materias y ofrece alrededor de 20.500 publicaciones.	Inglés y Castellano
EBSCOHOST <i>www.ebscohost.com</i>	Herramienta de búsqueda que ofrece una gran variedad de bases de datos entre las que se encuentran algunas especializadas en la psicología, como PsycARTICLES (publicada por la APA) o Psycodoc.	Inglés y Castellano

Nota. Elaboración propia.

La segunda etapa consistió en la búsqueda de la bibliografía necesaria para los objetivos planteados. En la Tabla 3 quedan recogidos los descriptores y operadores booleanos empleados, según las bases de datos utilizadas y los objetivos de la investigación.

Además de las bases mencionadas, se realizó una búsqueda bibliográfica complementaria en revistas de género a causa de la escasez de documentos con perspectiva

feminista. Para ello se usó el ranking publicado por Scimago Journal & Country Rank y se seleccionaron las revistas *Psychology of Women Quarterly* y *Sex Roles*, debido a la calidad de sus publicaciones y al contenido que ofrecen, relacionado con el ámbito de la Psicología y la salud mental de las mujeres desde una perspectiva de género. Para la búsqueda se aplicaron los mismos descriptores y operadores booleanos que en el resto de bases de datos (Tabla 3).

En la tercera etapa se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para la posterior selección de los documentos.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión son:

1. Publicaciones realizadas entre los años 2009 y 2019, ambos inclusive.
2. Publicaciones a texto completo accesibles como estudiante de la Universidad de Cádiz, tanto en inglés como en castellano.
3. Todo tipo de documentos propios de las disciplinas de la Psicología, Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales que traten en específico el tema tratado.

Los criterios de exclusión son:

1. Documentos no accesibles como estudiante de la Universidad de Cádiz o anteriores a 2009.
2. Documentos que no traten concretamente las consecuencias de los cuidados informales en mujeres.
3. Publicaciones centradas en cuidados a menores o en una enfermedad en concreto, sin especificar la edad de la población dependiente (e.g. personas con discapacidad de cualquier edad o personas mayores pero solo con demencia, en lugar de tratarse de estudios sobre personas mayores dependientes en general debido al envejecimiento o cualquier enfermedad).
4. Textos cuyo objeto de investigación no esté relacionado con los objetivos del trabajo. Por ejemplo, documentos centrados en cuidadoras formales o profesionales, intervenciones centradas en la prevención de consecuencias en la salud, o estudios que no especifican las diferencias entre hombres y mujeres en sus resultados.

Tabla 3.

Descriptores y operadores booleanos utilizados.

Objetivos de investigación	Bases de datos	Descriptores y operadores booleanos
Objetivo 1. Conocer cómo afecta el cuidado informal de personas mayores dependientes a la salud de las mujeres.	Proquest Psychology Journals	“Informal care” AND “women” AND “gender health” NOT “formal care” “Informal care” AND “mental health” AND (“women” OR “gender”) AND “consequences” “Caregiving” AND “women” AND “gender” AND “health” AND (“consequences” OR “impact”) NOT “motherhood”
	Scopus	“Informal care” AND “women” AND “gender health” NOT “formal care” “Informal care” AND “mental health” AND (“women” OR “gender”) AND “consequences” “Caregiving” AND “women” AND “gender” AND “health” AND “impact” NOT “child care”
	EBSCOhost	“Informal care” AND “mental health” AND (“women” OR “gender”) AND “consequences” “Caregiving” AND “women” AND “gender” AND “health” AND “impact” (“Cuidados informales” OR “cuidados familiares”) AND “mujeres” AND “salud” “Cuidados informales” AND “malestares” AND (“mujeres” OR “género”) AND “salud”
	Dialnet	(“Cuidados informales” OR “cuidados familiares”) AND “mujeres” AND “salud” “Cuidados informales” AND “malestares” AND (“mujeres” OR “género”) AND “salud”
Objetivo 2. Identificar estrategias de intervención psicológica para atender las consecuencias sobre la salud mental de las mujeres derivadas de los cuidados informales.	Proquest Psychology Journals	“Informal care” AND (“intervention” OR “program” OR “programme”) AND “health” AND “women” “Informal caregivers” AND (“psychosocial intervention” OR “psychotherapy” OR “treatment”) AND (“stress” OR “burden” OR “health”) NOT “prevention”
	Scopus	“Informal care” AND (“intervention” OR “program”) AND “health” AND (“women” OR “gender”) “Family caregivers” AND (“psychosocial intervention” OR “psychotherapy” OR “treatment”) AND (“stress” OR “burden” OR “health”) NOT “prevention”
	EBSCOhost	“Informal caregivers” AND (“psychological intervention” OR “program”) AND “health” (“Cuidadoras informales” OR “cuidadoras familiares”) AND (“intervención psicológica” OR “programa” OR “tratamiento”) AND “salud” AND (“mujeres” OR “género”)
	Dialnet	“Cuidados informales” AND (“intervención psicológica” OR “intervención psicosocial”) AND “salud” AND (“mujeres” OR “género”) “Cuidadoras familiares” AND “intervención psicológica” AND “salud mental” AND “género”

Nota. Elaboración propia.

Procedimiento de Análisis

Tras la etapa de búsqueda bibliográfica se obtienen 48 documentos acordes a los criterios de inclusión. Con la aplicación de los criterios de exclusión, los documentos quedan reducidos a un total de 10. Entre ellos, cinco corresponden al primer objetivo y cinco al segundo (Figura 2).

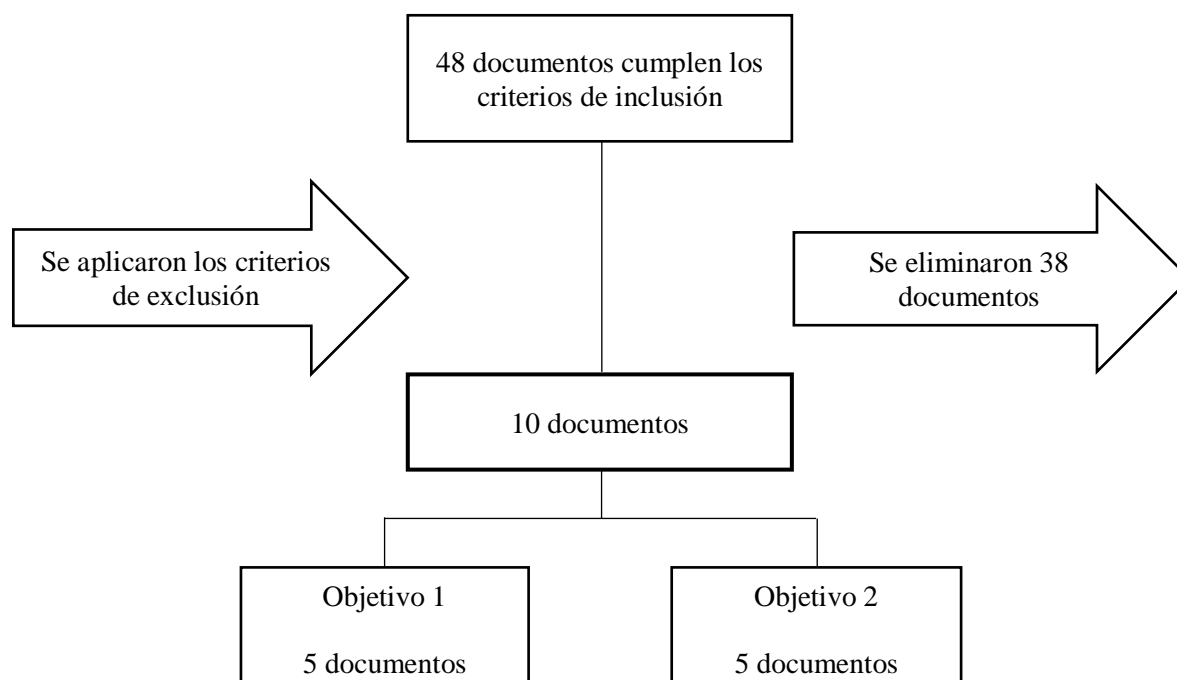


Figura 2. Procedimiento de análisis (Elaboración propia).

Una vez seleccionados los documentos que van a ser utilizados y clasificados por objetivos, se procede al análisis de acuerdo con una serie de criterios:

- a) Objetivo 1. Conocer cómo afecta el cuidado informal de personas mayores dependientes a la salud mental de las mujeres: objetivos del estudio, participantes, diseño y metodología, resultados y conclusiones (ver Anexo 1).
- b) Objetivo 2. Identificar estrategias de intervención psicológica para atender las consecuencias sobre la salud mental de las mujeres derivadas de los cuidados informales: enfoque teórico, objetivos del estudio, población diana de la investigación, diseño y metodología, resultados y conclusiones (ver Anexo 2).

Resultados

Se presentan los resultados obtenidos a partir de la búsqueda bibliográfica en función de los objetivos del estudio.

Objetivo 1. Conocer cómo afecta el cuidado informal de personas mayores dependientes a la salud mental de las mujeres.

Los cinco estudios seleccionados indagan en la influencia del trabajo de cuidados en la salud de las mujeres.

En la investigación *Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España* de García, del Río y Marcos (2011), encontraron que la mayoría de cuidadoras son mujeres y que el porcentaje que percibe un deterioro de su salud es superior al de hombres. Los autores hallaron que ser mujer es un factor de riesgo para sentir dicho deterioro debido a las tareas de las que se encargan ellas cuando son cuidadoras (mayor carga de cuidado, asistencia en necesidades básicas). Sin embargo, los hombres realizan un cuidado menos intensivo y tareas menos perjudiciales para la salud mental y física (ir al médico, hacer compras o gestiones en lugar de trabajo en el hogar o aseo).

El segundo estudio, *Yo cuido, tú cuidas, ella cuida*, realizado por Raigada (2018), ofrece relatos de las propias cuidadoras informales sobre los sentimientos que les genera la situación, sobre el afrontamiento y sobre las repercusiones del trabajo de cuidar. El análisis de las experiencias pone en evidencia que las mujeres cuidadoras sufren aislamiento, soledad, o abandono de su familia y de su trabajo. La mayoría de las percepciones relatadas eran de responsabilidad y obligación de cuidar, pero principalmente el cuidado tiene consecuencias físicas y psicológicas como dolores, fuertes sentimientos de tristeza, desesperanza, sobrecarga, culpa, nervios y dudas, incertidumbre, y agotamiento.

La investigación *Providing personal informal care to older European adults: Should we care about the caregiver's health?* de Hiel, Beenackers, Renders, Robroek, Burdorf y Croezen (2015) demuestra que existe una asociación entre realizar cuidados informales y una mala salud. Mediante medidas de salud general autopercibida, y medidas de síntomas depresivos (culpa, ritmos de sueño, irritabilidad, falta de apetito, cansancio, apatía, llanto, falta de concentración), encontraron que los cuidados informales provocaban tanto peor salud autopercibida, como peor salud física y peor salud psicológica.

En el estudio *Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE* de Mosquera, Larrañaga, del Río, Calderón, Machón y García (2019), encontraron que las mujeres muestran peores síntomas que los hombres cuidadores, ya que presentaban peor salud percibida y deterioro (46,3% y 32,0% respectivamente), peor salud mental (23,3% vs. 13,9%), más problemas de depresión y ansiedad y consumo de fármacos (35,0% y 21,4%) y mayores niveles de dolores y malestares (52,8% vs. 31,1%). Además, el estudio demostró que las mujeres cuidadoras tienen mayores riesgos que los hombres de sufrir cansancio, sobrecarga, y alteraciones del sueño debido a los roles interiorizados en el trabajo de cuidar (realización de tareas relacionadas con una alta dedicación, ayuda en el aseo, y de asistencia en actividades diarias).

Por último, la investigación *Associations between informal care, disease, and risk factors* de González, Real, Borrás, Martínez, Rodrigo, y Navarro (2016) mostró que las cuidadoras tenían peor salud que las mujeres no cuidadoras. A su vez, también tenían peor salud que los hombres cuidadores, con niveles más altos de depresión, menor apoyo social, mayores síntomas de ansiedad y más estrés. Los autores encontraron que la calidad de vida de las cuidadoras era baja y que tenían que tomar más fármacos que el grupo control y que los hombres.

Objetivo 2. Identificar estrategias de intervención psicológica para atender las consecuencias sobre la salud mental de las mujeres derivadas de los cuidados informales.

Los cinco estudios seleccionados examinan la efectividad de diferentes programas o intervenciones con mujeres cuidadoras para paliar sus consecuencias.

El primer estudio, *Effectiveness of a psychoeducational programme for informal caregivers of older adults* de Alves, Teixeira, Azevedo, Duarte y Paúl (2015) explora la efectividad de un programa de psicoeducación llamado “Caring at home”. La intervención se centró en sesiones sobre temas relevantes sobre el cuidado, el envejecimiento, habilidades específicas para el cuidado, y apoyo emocional para las cuidadoras. Los resultados obtenidos en el posttest mostraron que el programa produjo una mejora significativa en la salud física y mental, aunque los beneficios psicológicos y la disminución de estrés y sobrecarga no se mantuvieron en el tiempo.

El estudio *Cuidadoras de familiares dependientes y salud: influencia de la participación en un taller de control de estrés* de Saavedra, Bascón, Arias, García y Mora

(2013) se centró en analizar los efectos de ser cuidadora y la evolución de esas consecuencias tras la asistencia a un curso de control de estrés. Las mujeres cuidadoras mostraban peor estado de salud mental y física que la población general, y el riesgo clínico de sufrir una patología era casi tres veces mayor. Tras el curso de afrontamiento de estrés mostraron una mejoría en el estado de salud general, en las somatizaciones y en la función social, pero el malestar psicológico (síntomas de depresión y ansiedad y pensamientos disfuncionales) se mantuvo.

En el estudio *Effects of Three Caregiver Intervention: Support, Educational Literature, and Creative Movement* de Donorfio, Vetter y Vravevic (2010) compararon la efectividad de tres intervenciones para disminuir el estrés y la carga de las cuidadoras informales. Las intervenciones consistían en a) una lectura psicoeducativa en casa, b) un grupo de apoyo, y c) un grupo de movimiento creativo. En cuanto a las variables medidas (irritabilidad, depresión, ansiedad, estrés y concentración), obtuvieron que el programa que actuaba sobre todas ellas era el grupo de apoyo, que se centraba en discusiones grupales sobre temas del cuidado, lecturas, ejercicios breves, y proporcionar estrategias de afrontamiento. Además, también mejoró el manejo de estrés y las habilidades de resolución de problemas.

El estudio *Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares* de Ferré-Grau, Sevilla, Boqué, Aparicio, Valdivieso y Lleixá (2012) se centró en evaluar la efectividad de la técnica de resolución de problemas (TRP). Es una técnica que consiste en enseñar a las mujeres cuidadoras a reconocer las estrategias disponibles para sobrellevar situaciones cotidianas de estrés y para aumentar su sentido de control ante circunstancias adversas. Las cuidadoras del estudio presentaban síntomas de ansiedad y depresión y un bienestar psicológico comprometido, y tras la aplicación de la técnica se pudo observar una disminución de los mismos y una mejora significativa.

Por último, en el estudio *Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial* de Whitebird, Kreitzer, Crain, Lewis, Hanson y Enstad (2012) se compararon dos intervenciones, una de reducción de estrés con mindfulness y otra de educación y apoyo grupal. Ambas técnicas mostraron beneficios en cuanto a los síntomas de ansiedad, el apoyo social y la sobrecarga de las cuidadoras, pero solo la técnica basada en mindfulness tuvo efectos sobre la salud mental general, el estrés y los síntomas de depresión.

Discusión

La presente revisión bibliográfica ha permitido documentar cómo influye la realización de cuidados informales en la salud mental de las mujeres, así como las intervenciones psicológicas existentes.

Las investigaciones recientes muestran que el trabajo de cuidar está altamente feminizado y que tiene un impacto negativo en la salud mental de las personas cuidadoras (García et al., 2011; González et al., 2016; Hiel et al., 2015; Mosquera et al., 2019; Raigada, 2018). Los cuidados tienen múltiples repercusiones en la salud general percibida y en el deterioro de la calidad de vida, y todas las consecuencias pueden acabar afectando al bienestar psicológico. Las mujeres suelen presentar tristeza, desesperanza, apatía, irritabilidad, y otros síntomas relacionados con un trastorno depresivo. Otras consecuencias encontradas en las investigaciones analizadas son síntomas ansiosos, sobrecarga, estrés, nervios, y problemas de concentración y sueño (González et al., 2016; Hiel et al., 2015; Mosquera et al., 2019; Raigada, 2018).

Esta alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos coincide con los datos de Muruaga y Pascual (2013), que muestran que las mujeres afectadas por los *trastornos psicosociales de género* suelen presentar una depresión moderada o grave y ansiedad intensa o cercana al pánico. Por tanto, estos síntomas pueden considerarse características clínicas de un malestar de género por la realización de cuidados informales, y no un trastorno depresivo como se conoce comúnmente. En esta línea, la *Asociación de Mujeres para la Salud (AMS)* propone el diagnóstico de Depresión de Género, cuyos síntomas son similares a cualquier depresión situacional, aunque existen otras complicaciones relacionadas con la socialización diferencial y los mandatos de género (Muruaga y Pascual, 2013). Estos malestares aparecen como efectos de vivir en una sociedad patriarcal, y sus síntomas no tienen un origen biológico ni pueden ser considerados un problema situacional común, ya que no se dan por igual entre hombres y mujeres que cuidan. Por ejemplo, ocurren cuando no se cumplen los mandatos de género, provocando culpa, deterioro de la autoestima, o frustraciones (Muruaga y Pascual, 2013). Según los estudios de Hiel et al. (2015) y Raigada (2018), el trabajo de cuidados provoca sentimientos como los mencionados anteriormente: culpa, nervios, sobrecarga, y sensación de obligación y responsabilidad por atender a la persona dependiente.

Estas consecuencias negativas tienen una prevalencia más alta entre las mujeres cuidadoras que entre los hombres. Además, el deterioro de la salud es mayor, presentando

ellas síntomas más graves y peor salud psicológica general (García et al., 2011; González et al., 2016). De esta forma, ser mujer se convierte en un factor de riesgo para sufrir peores consecuencias al realizar cuidados informales, debido al tipo de tareas que realizan. Las mujeres llevan a cabo cuidados de forma más intensa, más frecuente, y con mayores niveles de dedicación, así como tareas que perjudican más gravemente la salud (asistencia en actividades de la vida diaria y necesidades básicas, ayuda con el aseo, dar de comer). Estos cuidados conllevan una mayor carga física y mental, y son llevados a cabo por mujeres en lugar de hombres debido a los mandatos y roles de género interiorizados (García et al., 2011; Mosquera et al., 2019). Por tanto, las tareas realizadas por las mujeres están asociadas a un mayor riesgo de mala salud debido a las diferencias por género y no exclusivamente al cuidado en sí. Es decir, el mayor deterioro de la salud por el cuidado está relacionado con las desigualdades de género (García et al., 2011).

Según los estudios de González et al. (2016) y Mosquera et al. (2019), las mujeres cuidadoras toman mayores cantidades de fármacos que las no cuidadoras y que los hombres cuidadores. Debido a que las mujeres han sido consideradas históricamente como inestables mentalmente, sus experiencias y malestares son infravalorados. De esta forma, una misma situación es tratada de forma diferente en función del sexo: se buscan más componentes psicosomáticos si es una mujer la que presenta malestares en lugar de un varón, aunque presenten los mismos síntomas. Este sesgo hace que las quejas sean menospreciadas y, por tanto, tratadas con psicofármacos en lugar de atender las desigualdades de género y el contexto en el que viven las mujeres (García-Daude y Pérez-Sedeño, 2017; Valls-Llobet, 2009).

Los estudios analizados y los resultados obtenidos dejan ver que, cuando las mujeres cuidadoras son tratadas con psicoterapia en lugar de fármacos, unas de las intervenciones más utilizadas son las psicoeducativas (Alves et al., 2015; Donorfio et al., 2010; Whitebird et al., 2012) y las basadas en grupos de apoyo (Donorfio et al., 2010; Saavedra et al., 2013; Whitebird et al., 2012). Otros enfoques utilizados en los estudios obtenidos en la búsqueda bibliográfica eran intervenciones basadas en mindfulness (Whitebird et al., 2012), y programas cognitivo-conductuales, que utilizaban principalmente talleres de control de estrés y técnicas de resolución de problemas (Ferré-Grau et al., 2012; Saavedra et al., 2013). Ninguna de las intervenciones tenía en cuenta la perspectiva de género, independientemente de la aplicación (individual o grupal), aunque sí que analizaban las diferencias en la prevalencia y tipo de cuidados entre hombres y mujeres, las desigualdades en las

repercusiones sobre la salud (más y peores síntomas), e incluso que la feminización del trabajo de cuidados se debe a los roles y mandatos de género. Aún así, a la hora de aplicar los programas de intervención, ninguno se llevó a cabo con un enfoque feminista (Alves et al., 2015; Donorfio et al., 2010; Ferré-Grau et al., 2012; Saavedra et al., 2013; Whitebird et al., 2012). Debido a esto, algunas intervenciones resultaron ineficaces a la hora de mejorar síntomas depresivos y ansiosos (Saavedra et al., 2013), ya que mejoraban otros aspectos como la somatización o la función social, pero no la salud mental de las cuidadoras. El estudio de Alves et al. (2015) obtuvo resultados parecidos, ya que proporcionaba beneficios psicológicos y disminuía la sensación de estrés y sobrecarga, pero a largo plazo los resultados sobre la salud mental no se mantenían. Por tanto, esta falta de perspectiva de género hace que los resultados de las intervenciones no sean significativos sobre los síntomas de salud psicológica o que no se mantengan en el tiempo, y se debe a que todos los programas se centran en mejorar otros aspectos (Alves et al., 2015; Donorfio et al., 2010; Ferré-Grau et al., 2012; Saavedra et al., 2013; Whitebird et al., 2012). Es decir, las intervenciones basan sus técnicas en proporcionar estrategias de afrontamiento (Alves et al., 2015; Donorfio et al., 2010; Ferré-Grau et al., 2012; Saavedra et al., 2013), apoyo emocional (Alves et al., 2015; Donorfio et al., 2010; Saavedra et al., 2013; Whitebird et al., 2012), habilidades específicas para los cuidados (Alves et al., 2015; Donorfio et al., 2010), manejo de estrés (Donorfio et al., 2010; Ferré-Grau et al., 2012; Saavedra et al., 2013; Whitebird et al., 2012), o resolución de problemas (Donorfio et al., 2010; Ferré-Grau et al., 2012), en lugar de abarcar el problema de raíz y atender a las necesidades de las mujeres cuidadoras, la desigualdad de género, modificar su contexto, y tener en cuenta la socialización diferencial (Burin, 2010). Las técnicas mencionadas hacen que, como se observa en los resultados, las mujeres cuidadoras tengan un mayor sentido de control sobre la situación, mejores habilidades, más apoyo emocional y una mejoría en la función social (Alves et al., 2015; Donorfio et al., 2010; Ferré-Grau et al., 2012; Saavedra et al., 2013; Whitebird et al., 2012). Estas características mejoran, a corto plazo y superficialmente, la percepción de bienestar psicológico y reducen el estrés por un mejor afrontamiento, pero el malestar de género sigue vigente y sin haber sido tratado correctamente (Velasco, 2009).

Existen intervenciones publicadas por diferentes autoras que sí cubren la perspectiva feminista que no se tiene en cuenta en los estudios encontrados en la búsqueda bibliográfica. Estos programas son necesarios al trabajar con cuidadoras que presentan malestares de género, y son propuestos como una alternativa a la atención tradicional de la salud mental.

El primero de ellos, la Psicoterapia de Equidad Feminista (PEF) (Muruaga y Pascual, 2013), es una intervención psicológica desarrollada por el Equipo de Salud Entre Nosotras (ESEN) centrado en la recuperación de la salud mental de las mujeres que enferman por el impacto psicológico que ejerce la estructura de la sociedad patriarcal. Los malestares de las mujeres son concebidos con un enfoque integral de la salud desde la perspectiva de género (incluyendo factores ambientales y aspectos psicosociales de género en lugar de tomarlo como un trastorno individual). Así, el abordaje evita el tratamiento psicofarmacológico tradicional que enmascara los síntomas sin tratar la raíz del problema, y se promueve la superación del malestar mediante el empoderamiento y la transformación de los roles, mandatos de género y relaciones de poder (Muruaga y Pascual, 2013).

Otra alternativa, propuesta por Velasco (2009), es aplicar el Modelo Biopsicosocial de la salud incorporando el enfoque de género. Este tipo de atención, al igual que la PEF, alcanza una visión integral de la salud que tiene en cuenta tanto los factores biológicos como los determinantes sociales (roles y mandatos de género) y psicológicos que pueden comprometer el bienestar de las mujeres. Para realizar una clínica de calidad, el enfoque evita los sesgos de género y la medicalización, identifica los determinantes psicosociales, y se centra en la transformación personal y sociocultural del género, promoviendo el empoderamiento y la búsqueda de autonomía y autorresponsabilidad de las mujeres (Velasco, 2009).

En resumen, el cuidado informal es un trabajo altamente feminizado debido a los roles y mandatos de género, y está directamente relacionado con los malestares de género. Por otra parte, el tratamiento existente en la actualidad es o exclusivamente farmacológico o basado en intervenciones psicológicas centradas solo en aspectos individuales, sin modificar el contexto ni atender las desigualdades de género (García-Dauder y Pérez-Sedeño, 2017; Valls-Llobet, 2009). Las mujeres cuidadoras, por tanto, acaban insatisfechas con la ayuda brindada, ya que los programas no tienen en cuenta la perspectiva de género necesaria para tratar los malestares de las mujeres (Burin, 2010). De esta forma, toda la sintomatología sufrida por las mujeres provocada por la realización de cuidados informales debe entenderse como un problema social en lugar de individual, ser tratado con un enfoque feminista, y tener en cuenta que es un problema psicosocial de género (Velasco, 2009).

Conclusiones

Este trabajo ha permitido mostrar la influencia de la socialización sobre los cuidados informales y sus consecuencias en la salud mental de las mujeres. Las mujeres se ven obligadas a cumplir los mandatos de género que dictan que ellas deben ocuparse de la atención a la dependencia, y esta situación impacta negativamente sobre su salud psicológica. Son múltiples las intervenciones que tratan de paliar los síntomas negativos sufridos por las cuidadoras, mediante terapias grupales, psicoeducación, mindfulness o técnicas cognitivo-conductuales. Sin embargo, ningún programa de los revisados incluye una perspectiva feminista que permita abarcar de lleno los roles y mandatos de género. Por tanto, las intervenciones utilizadas, al no tener en cuenta el género, el contexto, ni las necesidades de cada mujer, no pueden ofrecer resultados favorables y duraderos sobre la salud mental de las mujeres, ya que las consecuencias del cuidado informal están muy marcadas por la socialización diferencial.

Entre las limitaciones de la revisión, es necesario destacar que para la búsqueda bibliográfica se han utilizado únicamente bases de datos científicas, y eso ha podido reducir el número de estudios debido a que hay autores y autoras que no elaboran sus trabajos con el fin de publicarlos. La mayoría de los documentos encontrados en las bases no cuentan con perspectiva feminista, y por ello se tuvo que realizar una segunda búsqueda en revistas de género y feministas de impacto. Aún así, hay autoras que publican sobre el tema estudiado en libros específicos o en revistas de género divulgativas que no aparecen en las bases de datos, por lo que no se encontró un número significativo de investigaciones. En este sentido, cabe mencionar que muy pocas publicaciones utilizan el término *malestares de género*, por lo que la búsqueda se tuvo que realizar empleando palabras relacionadas directamente con consecuencias negativas que, en realidad, son síntomas de los malestares de las mujeres. En las publicaciones en inglés fue imposible emplear términos como *malestares*, ya que todas las palabras relacionadas hacían alusión a otras afecciones, por lo que la búsqueda tuvo que centrarse en términos más generales como la salud de las mujeres. Por otro lado, la mayoría de los estudios medían las consecuencias sobre la salud mental solo con instrumentos para la depresión y ansiedad, sin tener en cuenta otros síntomas o problemas relacionados.

Entre las fortalezas de la revisión, se destaca el haber abordado un tema como la salud de las mujeres cuidadoras teniendo en cuenta las desigualdades existentes, ya que es un aspecto caracterizado por tener sesgos de género tanto en la investigación como en las intervenciones. Además, es un tema con relevancia en la actualidad debido al envejecimiento

de la población y el aumento de las situaciones de dependencia. Por otra parte, el uso del término *malestares de género* enriquece la investigación en la salud de las mujeres y sus posibles intervenciones, ya que, como se ha mencionado anteriormente, este enfoque es una característica que no siempre se tiene en cuenta en los trabajos científicos. Por último, la discusión recoge otras intervenciones con perspectiva feminista que ponen el foco de atención en ayudar a las mujeres como agentes activos, no solo en los síntomas de forma superficial y generalizada.

Como futuras líneas de investigación se considera necesario indagar más sobre la influencia de la socialización en el tipo de tareas que realizan las mujeres cuidadoras en comparación con los hombres. La mayoría de los estudios han mostrado que las actividades que realizan las mujeres son factores de riesgo, mientras que las llevadas a cabo por los hombres son protectoras ante problemas de salud mental. Sin embargo, no aportan información clara sobre el análisis de rol de cuidadora que la mujer tiene interiorizado. Asimismo, se resalta la necesidad de llevar a cabo un mayor número de estudios y programas de intervención con perspectiva feminista, teniendo en cuenta factores psicosociales como el género. Se sabe que existen, como se menciona anteriormente, programas como la Psicoterapia de Equidad Feminista (Muruaga y Pascual, 2013) o el Modelo Biopsicosocial con enfoque de género (Velasco, 2009), pero es necesario que este enfoque se tenga en cuenta en todas las intervenciones que estén dirigidas a grupos de mujeres con problemas derivados de la estructura de la sociedad patriarcal. Resulta esencial que existan diversas investigaciones y programas que incluyan la perspectiva de género, y que los y las profesionales que atienden a las mujeres posean una formación especializada en género para ofrecer un servicio de calidad.

Como conclusión, el cuidado y su adjudicación social no debe entenderse de géneros, y es necesario reivindicar la importancia de la corresponsabilidad, ya que en situaciones de dependencia es la mujer la que mayoritariamente acaba siendo sobrecargada de trabajo (Pascual, 2014). Es necesario, por tanto, que los y las profesionales tengan en cuenta estas desigualdades al abordar los malestares que pueden surgir a partir de esa sobrecarga, además de incluir un enfoque feminista en sus intervenciones y atender a las experiencias y necesidades de cada mujer.

Referencias bibliográficas

- Abasolo, O., y Montero, J. (2008). Capítulo 3: Trabajos: empleo, cuidados y división sexual del trabajo. En *Guía didáctica de ciudadanía con perspectiva de género - Igualdad en la Diversidad* (pp. 38-56). Fuhem Ecosocial e Instituto de la Mujer.
- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., y Pujol, R. (2018). *Un perfil de las personas mayores en España 2018. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red no17. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es>
- Aleman, C. (2018). *Mujeres cuidadoras, agotamiento y burnout*. En Geriatric Area. Recuperado de <https://geriatricarea.com/mujeres-cuidadoras-agotamiento-y-burnout/>
- Alves, S., Teixeira, L., Azevedo, M., Duarte, M., & Paúl, C. (2015). Effectiveness of a psychoeducational programme for informal caregivers of older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 65-73.
- Avilés, N. y Villalobos, M. (2012). Igualdad y género. conceptos basicos para su aplicacion en el ámbito de la seguridad y defensa. *Cuadernos de estrategia*, (157), 21-51.
- Barberá, E., y Martínez, I. (2004). *Psicología y género*. Madrid: Pearson Educación.
- Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers Feministes 6: Mites, de/construccions i mascarades*, N°6, 7-35.
- Brea Ruiz, M. (2015). *El Coste de Cuidar desde una Perspectiva de Género: Proceso Emocional de Personas Cuidadoras de Familiares Dependientes* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
- Briñon, M. (2015). ¿Por qué cuidan las mujeres? *Ágora*. Recuperado de <https://www.agorarsc.org/por-que-cuidan-las-mujeres/>
- Burin, M. (2010). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Clase dictada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar/Burin_2010
- Buxarrais, M., & Burguet, M. (2014). *La conciliación familiar, laboral, social y personal*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Casado, R. y García-Carpintero, M. (2018). *Género y salud*. Madrid: Díaz de Santos.

- Crespo-López, M. y López-Martínez, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*, 35, 01-32.
- De Miguel, A. (2015). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Donorfio, L., Vetter, R., y Vracevic, M. (2010). Effects of Three Caregiver Interventions: Support, Educational Literature, and Creative Movement. *Journal of Women & Aging*, 22(1), 61-75.
- Eguiguren, A., García-Calvente, M. y Mateo-Rodríguez, I. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 132-139. doi 10.1157/13062262
- Esteban, M. L. (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22(2), 33-48.
- Ferrater, J. (1965). *Diccionario de Filosofía I* (5a ed.). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Ferré-Grau, C., Sevilla, M., Boqué, M., Aparicio, M., Valdivieso, A., y Lleixà, M. (2012). Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Atención Primaria*, 44(12), 695-701.
- Fontenla, M. (2008). ¿Qué es el patriarcado? En S. Gamba (Coord.), *Diccionario de estudios de género y feminismos* (pp. 256-258). Buenos Aires: Editorial Biblos.
- García-Calvente, M., y Del Río, M. (2012). El Papel del Cuidado Informal en la Atención a la Dependencia: ¿Cuidamos a quiénes cuidan? *Actas de la Dependencia*, 2(6), 99-117. Madrid: Fundación Caser.
- García-Calvente, M., del Río, M., y Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100-107.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.2), 83-92.

- García-Dauder, S., y Pérez-Sedeño, E. (2017). *Las "mentiras" científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.
- Gimeno, B. (2012). "Cuidado con el cuidado". *Blog de Beatriz Gimeno*. Recuperado de <https://beatrizgimeno.es/2012/03/21/cuidado-con-el-cuidado/>
- González, L., Real, J., Borrás, A., Martínez, J., Rodrigo, V., & Navarro, M. (2016). Associations between informal care, disease, and risk factors: A Spanish country-wide population-based study. *Journal of Public Health Policy*, 37(2), 173-189.
- Hiel, L., Beenackers, M., Renders, C., Robroek, S., Burdorf, A., & Croezen, S. (2015). Providing personal informal care to older European adults: Should we care about the caregivers' health? *Preventive Medicine*, 70, 64-68.
- INE (2011). *Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010*. En Instituto de la Mujer. Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Conciliacion/UsosdelTiempo.htm>
- INE (2018). *Proyecciones de población 2018*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE (Varios años). *Previsión de la tasa de dependencia de la población mayor de 64 años en España de 2012 a 2068*. En Statista - The Statistics Portal. Recuperado de <https://es-statista-com/proyeccion-de-la-tasa-de-dependencia-de-la-tercera-edad-espasa/>.
- Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Madrid: Editorial Horas y Horas.
- Lagarde, M. (2003). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. *En SARE 2003. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. (pp. 155-160). Vitoria-Gasteiz: Emakunde-Fondo Social Europeo.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, (2004). *Libro Blanco de la Dependencia: Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Mosquera, I., Larrañaga, I., del Río, M., Calderón, C., Machón, M., y García, M. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores

- dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE. *Revista Española de Salud Pública*, 93(1), e1-e13.
- Muruaga, S., y Pascual, P. (2013). *La salud mental de las mujeres: La Psicoterapia de Equidad Feminista*. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud (AMS).
- OIT. (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Organización Internacional del Trabajo.
- Pascual, P. (2014). Yo cuido, tú cuidas, ella cuida, nosotras nos descuidamos. Por qué cuidar es peligroso para la salud de las mujeres. *Revista con la A*, 52(34), 1-4.
- Pazos, M. (2018). *Contra el patriarcado: Economía feminista para una sociedad justa y sostenible*. Pamplona: Katakarak Luburuak.
- Raigada, R. (2018). Yo cuido, tú cuidas, ella cuida: relatos de vida de cuidadoras informales. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6(2), 8-19.
- Rogero-García, J. (2009). La distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83, pp. 393-405.
- Rogero-García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Saavedra, F., Bascón, M., Arias, S., García, M., y Mora, D. (2013). Cuidadoras de familiares dependientes y salud: influencia de la participación en un taller de control de estrés. *Clínica Y Salud*, 24(2), 85-93.
- SEGG. (2016). *Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
- Velasco, S. (2005). Síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria. *Mujeres y Salud*, 16, 11-15.
- Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid. Ediciones Minerva.

Whitebird, R., Kreitzer, M., Crain, A., Lewis, B., Hanson, L., y Enstad, C. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*, 53(4), 676-686.

Anexos

Anexo 1. Análisis de publicaciones para el Objetivo 1: Conocer cómo afecta el cuidado informal de personas mayores dependientes a la salud mental de las mujeres.

Tabla 4.

Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España (García, del Río y Marcos, 2011).

Objetivos	Analizar las diferencias de género en el cuidado prestado por hombres y mujeres, y examinar su asociación con la percepción de deterioro de salud como consecuencia de cuidar.
Participantes	7.512 personas cuidadoras informales mayores de 16 años.
Diseño y metodología	Estudio epidemiológico transversal a partir de los datos de las personas cuidadoras de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Dependencia de 2008. Se analizó la asociación entre la percepción de deterioro de salud y las características del cuidado (tareas, intensidad, duración y frecuencia según sexo) mediante regresión logística multivariada.
Resultados	El 74% de las personas cuidadoras principales son mujeres de edad media, y realizan un cuidado de mayor intensidad que los hombres (8 o más horas diarias). Las tareas realizadas están más relacionadas con el aseo personal y la asistencia en las necesidades básicas, y esto se convierte en un factor de riesgo. La mayoría de las mujeres perciben que su salud general y su salud mental se han deteriorado, mientras que en los hombres esta percepción es mucho menor.
Conclusiones	El cuidado de personas dependientes es un trabajo altamente feminizado, y conlleva que las personas cuidadoras se autoperciban con un deterioro de su salud. La mayor percepción de mala salud psicológica de las mujeres sobre los hombres está relacionada tanto con el tipo de tareas que realizan como con la frecuencia e intensidad con la que lo hacen, ya que conllevan una mayor carga mental.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 5.

Yo cuido, tú cuidas, ella cuida (Raigada, 2018).

Objetivos	Conocer las experiencias, emociones, percepciones y sentimientos de las cuidadoras familiares de personas mayores dependientes
Participantes	9 mujeres cuidadoras mayores de 50 años o de mediana edad que narraran sus experiencias vividas en primera persona
Diseño y metodología	Análisis cualitativo de relatos de cuidadoras informales. La búsqueda y selección de los relatos se realizó en los Archivos de la Memoria del Laboratorio de Investigación Cualitativa. A partir de los relatos se obtuvieron un total de 4 categorías y 85 códigos temáticos.
Resultados	El análisis mostró que los sentimientos que genera la situación de dependencia en la cuidadora era el tema principal de los relatos, seguido de la llegada de la enfermedad, cómo era la vida antes de la enfermedad del familiar y la experiencia y el apoyo recibido. La mayoría de los sentimientos y percepciones estaban relacionados con la responsabilidad y la obligación de cuidar, y con las consecuencias como dolores, tristeza, desesperanza, una gran sobrecarga, culpa, nervios y dudas, y agotamiento.
Conclusiones	Las mujeres cuidadoras sufren tanto consecuencias físicas como psicológicas, además de aislamiento, soledad y abandono de otras actividades. Dentro de las consecuencias psicológicas, las más comunes son fuertes sentimientos de tristeza y carga mental.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 6.

Providing personal informal care to older European adults: Should we care about the caregiver's health? (Hiel, Beenackers, Renders, Robroek, Burdorf y Croezen, 2015).

Objetivos	Explorar la asociación entre realizar cuidados informales y la salud mental y física de la persona cuidadora.
Participantes	7858 personas cuidadoras mayores de 50 años de diferentes países europeos.
Diseño y metodología	Estudio prospectivo longitudinal a partir de los datos de diferentes años (2005, 2007 y 2011) de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa. Se tuvieron en cuenta variables como la salud autopercebida, la salud mental y la salud física, medidas con una escala Likert (0-5, siendo 0 pobre y 5 excelente), una escala para síntomas depresivos, y la aparición de síntomas físicos como dolores, respectivamente.
Resultados	La mayoría de participantes eran mujeres de entre 50 y 69 años que mostraban una mala salud general y síntomas relacionados con una mala salud física. El 21,7% de las participantes mostraron síntomas depresivos indicadores de una mala salud mental, como tristeza, pesimismo, pensamientos suicidas o llanto. El análisis estadístico mostró una asociación significativa entre ser cuidadora informal y tener una mala salud psicológica.
Conclusiones	Realizar cuidados informales está fuertemente asociado con una mala salud física y mental con una duración de hasta 8 años, provocando sentimientos como culpa, alteraciones del sueño, irritabilidad, falta de apetito, cansancio, apatía y llanto, y problemas de concentración principalmente.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 7.

Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE (Mosquera, Larrañaga, del Río, Calderón, Machón y García, 2019).

Objetivos	Conocer el perfil de las personas cuidadoras informales y explorar los impactos de cuidar sobre la salud y la calidad de vida en base a las diferencias por sexo.
Participantes	123 mujeres y 103 hombres mayores de 18 años que realizan trabajo de cuidados a mayores dependientes de 64 años o más.
Diseño y metodología	Se recogió la información mediante entrevistas personales y cuestionarios estructurados para medir en un estudio transversal las variables de salud y calidad de vida (salud percibida, presencia de problemas crónicos de salud, y síntomas ansiosos y depresivos). Con esos datos se realizó un estudio descriptivo y un análisis de regresión logística para examinar las asociaciones entre el cuidado y sus consecuencias.
Resultados	Las personas cuidadoras eran mayores de 60 años y cuidaban principalmente a sus progenitores. Las mujeres mostraban peor salud percibida y deterioro general que los hombres (46,3% vs. 32,0%), peor salud mental (23,3% vs. 13,9%), más problemas de depresión y ansiedad y consumo de fármacos (35,0% y 21,4%) y mayores niveles de dolores y malestares (52,8% vs. 31,1%).
Conclusiones	El cuidado informal tiene consecuencias en la salud de las personas cuidadoras. Las mujeres presentan peor salud percibida, peor salud física, y peor salud psicológica. Además, debido al tipo de cuidado que realizan (mayor intensidad y tareas relacionadas con asistencia en actividades diarias) presentan un mayor riesgo de sufrir otras repercusiones como cansancio, estrés, sobrecarga, alteraciones de sueño y síntomas depresivos y ansiosos.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 8.

Associations between informal care, disease, and risk factors (González, Real, Borrás, Martínez, Rodrigo, y Navarro, 2016)

Objetivos	Analizar la asociación entre el cuidado informal y sufrir una enfermedad, los hábitos de salud, y los factores de riesgo.
Participantes	Hombres y mujeres mayores de 15 años que hayan realizado cuidados informales durante al menos un año.
Diseño y metodología	Estudio transversal a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud (INE) representativa de los hogares españoles para describir la asociación entre el cuidado informal y las consecuencias en la salud de las personas cuidadoras. Se compararon los datos de las personas cuidadoras con un grupo control (no cuidadoras) sobre síntomas depresivos, ansiedad, apoyo social percibido y grado de bienestar emocional.
Resultados	La mayoría de personas cuidadoras eran mujeres que mostraban más síntomas de depresión y menor apoyo social que el grupo control. Además, también tenían menos bienestar emocional y eran más propensas a recibir un diagnóstico de ansiedad. Además de mostrar peores síntomas que el grupo control de no cuidadoras, también mostraban más estrés, depresión y ansiedad que los hombres cuidadores.
Conclusiones	La realización de cuidados informales está relacionada con una peor salud y calidad de vida. Dentro de las personas cuidadoras, son las mujeres las que mayores síntomas de depresión, ansiedad y estrés sufren. Además, son más propensas a tener que tomar fármacos y tener menor apoyo social que los hombres cuidadores y que las personas no cuidadoras.

Nota. Elaboración propia.

Anexo 2. Análisis de publicaciones para el Objetivo 2: Identificar estrategias de intervención psicológica para atender las consecuencias sobre la salud mental de las mujeres derivadas de los cuidados informales.

Tabla 9.

Effectiveness of a psychoeducational programme for informal caregivers of older adults
(Alves, Teixeira, Azevedo, Duarte y Paúl, 2015).

Enfoque teórico	Teoría de las transiciones de Meleis (2000). Los antecedentes teóricos del programa psicoeducativo se basaron en la adquisición del rol de cuidadora, de acuerdo con la teoría de Meleis. Según el modelo, las transiciones entre un rol y otro son una fase de inestabilidad y dudas, por lo que los y las profesionales deben brindar ayuda a las personas que están transicionando a una nueva condición (el rol de cuidadora en este caso).
Objetivos	Explorar la efectividad de un programa psicoeducativo para personas cuidadoras informales.
Población	54 mujeres y 6 hombres que cuidan a personas mayores de 60 años.
Diseño y metodología	El programa se llevó a cabo semanalmente en sesiones de 2 horas, incluyendo una revisión de temas relevantes sobre el cuidado y el envejecimiento para luego proporcionar información sobre habilidades específicas para el cuidado, estrategias de afrontamiento, y factores de riesgo ante el malestar psicológico. El programa también se centra en brindar apoyo emocional y ayuda ante sentimientos como la soledad. Se realizó un pretest, un postest y tres seguimientos.
Resultados	La mayoría de las personas eran mujeres de mediana edad con problemas de salud. Tras la intervención mostraron una evolución favorable en la salud física y una mejora significativa de la salud mental. A pesar de ello, los beneficios psicológicos como el malestar emocional o la carga mental no se mantuvieron en el tiempo al realizar los seguimientos.
Conclusiones	La intervención psicoeducativa tiene efectos beneficiosos sobre la salud de las mujeres cuidadoras, pero debe ser complementada con otras intervenciones cuyos beneficios perduren en el tiempo.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 10.

Cuidadoras de familiares dependientes y salud: influencia de la participación en un taller de control de estrés (Saavedra, Bascón, Arias, García y Mora, 2013).

Enfoque teórico	Modelos de intervención procedentes de los métodos cognitivo-conductuales.
Objetivos	Analizar los efectos en la salud tras realizar cuidados informales y tras haber participado en un curso de control de estrés.
Población	219 mujeres voluntarias, 108 de ellas cuidadoras y 111 no cuidadoras. La mayoría eran de mediana edad y cuidaban principalmente a sus progenitores.
Diseño y metodología	Análisis univariante de los datos obtenidos del Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales sobre Cuidados y el Cuestionario General de Salud (síntomas somáticos, ansiedad, función social y depresión) antes y después de participar en el taller de afrontamiento de estrés. El taller constaba de seis fases de tres horas, en las cuales se entraba a las cuidadoras en habilidades sociales, técnicas de relajación, y el uso de la imaginación y la visualización para controlar el estrés. Posteriormente se compartían experiencias y emociones en un grupo de discusión.
Resultados	Realizar cuidados informales tiene repercusiones negativas en todas las escalas del cuestionario sobre salud general. Las mujeres cuidadoras mostraban peor estado de salud que la población general, y un mayor riesgo clínico de sufrir una patología (por mayor número de pensamientos disfuncionales). Estas consecuencias disminuyen tras la realización del curso de estrés, obteniendo resultados positivos en salud general, somatización y función social. Los síntomas depresivos y ansiosos se mantuvieron.
Conclusiones	Ser cuidadora informal repercute negativamente sobre el estado de salud mental y física. Cursar un taller de control de estrés está asociado a una mejoría en ciertos aspectos de salud general, pero si existen síntomas de depresión o ansiedad no varían tras la intervención.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 11.

Effects of Three Caregiver Intervention: Support, Educational Literature, and Creative Movement (Donorfio, Vetter y Vravec, 2010).

Enfoque teórico	Se aplican tres enfoques diferentes: modelo de intervención basado en grupos de apoyo, modelo psicoeducativo, y modelo de arteterapia creativa (Danza Movimiento Terapia, en concreto).
Objetivos	Comparar la efectividad de tres intervenciones centradas en disminuir el estrés y la sobrecarga de las personas cuidadoras.
Población	16 mujeres de entre 42 y 72 años cuidadoras familiares de madres dependientes.
Diseño y metodología	Las cuidadoras realizaron cuestionarios que medían las variables irritabilidad, depresión, ansiedad, estrés y concentración. Posteriormente se llevaron a cabo tres intervenciones: a) una lectura psicoeducativa en casa, b) un grupo de apoyo (discusiones grupales sobre el cuidado, lecturas, ejercicios breves, obtener estrategias de afrontamiento), y c) un grupo de psicoterapia creativa (Danza Movimiento Terapia), durante 9 semanas. Finalmente, volvieron a realizar los cuestionarios para analizar los datos.
Resultados	El programa que tuvo un impacto positivo en las cinco variables medidas fue en grupo de apoyo, que además también mejoró el manejo de estrés y las habilidades de solución de problemas. La intervención psicoeducativa solo proporcionó beneficios en depresión y ansiedad, y el programa de danzaterapia proporcionó sentimientos de poder expresarse y relajación.
Conclusiones	La intervención con un grupo de apoyo es efectiva reduciendo la irritabilidad, la depresión, la ansiedad y el estrés, además de ser beneficiosa para afrontar mejor el cuidado. Este tipo de intervención es la más común de las tres llevadas a cabo, y es la única que mejoró la salud mental general.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 12.

Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares (Ferré-Grau, Sevilla, Boqué, Aparicio, Valdivieso y Lleixá, 2012).

Enfoque teórico	Enfoque cognitivo-conductual reforzado con apoyo psicológico a la cuidadora.
Objetivos	Analizar la efectividad de la técnica de resolución de problemas en la disminución de los síntomas de depresión y ansiedad, y el aumento del bienestar percibido en cuidadoras informales.
Población	122 mujeres cuidadoras de personas mayores dependientes con síntomas de ansiedad, depresión, o bienestar psicológico comprometido
Diseño y metodología	Se midieron las variables ansiedad y depresión mediante la escala Goldberg, y el bienestar psicológico con una escala de salud emocional específica para cuidados informales. Posteriormente se llevó a cabo un ensayo clínico con un grupo experimental y un grupo control y se realizó un análisis descriptivo y cuantitativo. El ensayo consistió en la aplicación de la técnica de resolución de problemas (TRP) a las cuidadoras por parte de enfermeras previamente formadas. La intervención se realizó en cuatro sesiones de 30 minutos.
Resultados	Antes de la intervención un 62,3% de las cuidadoras mostraban ansiedad y un 72,1% síntomas de depresión. Un 85% presentaba niveles bajos de bienestar emocional. Tras la aplicación de la técnicas de resolución de problemas se encontraron valores inferiores en las tres variables, mostrando una mejoría en todas ellas.
Conclusiones	La intervención basada en resolución de problemas es una técnica efectiva para disminuir los síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional de las cuidadoras informales. Proporciona, además, un aumento en el sentido de control ante situaciones negativas y ayuda a sobrellevar situaciones cotidianas de estrés.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 13

Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial (Whitebird, Kreitzer, Crain, Lewis, Hanson y Enstad, 2012).

Enfoque teórico	Se aplican dos enfoques diferentes: técnica de mindfulness, y modelo psicoeducativo con técnicas de apoyo grupal.
Objetivos	Comparar la efectividad de un programa de reducción de estrés con mindfulness (MSBR) y un programa comunitario de educación y apoyo grupal para personas cuidadoras familiares (CCES).
Población	78 personas cuidadoras (69 mujeres) mayores de 21 años con altos niveles de estrés y sin diagnóstico previo de trastorno mental.
Diseño y metodología	Los participantes se dividieron aleatoriamente en dos grupos, uno para cada intervención, y realizaron cuestionarios sobre estrés, salud mental (síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, y salud mental general), sobrecarga, y apoyo social, antes y después de las dos intervenciones. Se llevaron a cabo los programas durante 8 semanas con sesiones grupales semanales de 2 horas y media, y prácticas en casa.
Resultados	El programa basado en mindfulness fue el único que proporcionó mejoras en la salud mental general, el estrés y los síntomas de depresión. Ambas intervenciones tuvieron efectos beneficiosos sobre la ansiedad, el apoyo social y la sobrecarga.
Conclusiones	La intervención de reducción de estrés con mindfulness resultó más efectiva que el programa de educación y apoyo grupal, manteniendo sus beneficios hasta 6 meses más tarde.

Nota. Elaboración propia.